

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N^o 466

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MARCEL DEWÉ

Né le 14 Mai 1905, à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Quelques précisions
sur les indications, la technique,
les résultats, de la révision
utérine immédiate

*(Travail du service de Monsieur le Docteur Funck BRENTANO,
Accoucheur de l'Hôpital Beaujon, Paris.)*

Président : Monsieur le Professeur BRINDEAU

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13
PARIS

—
1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MARCEL DEWÉ

Né le 14 Mai 1905, à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Quelques précisions sur les indications, la technique, les résultats, de la révision utérine immédiate

*(Travail du service de Monsieur le Docteur Funck BRENTANO,
Accoucheur de l'Hôpital Beaujon, Paris.)*

Président : Monsieur le Professeur BRINDEAU

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13
PARIS

1929

Le Doyen M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LCGER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	LEJARS.
Clinique urologique	GOSSET.
	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologie	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU.
Clinique propédeutique	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Professeur sans chaire	LÉON BERNARD.
	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Physiologie.....	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDAR D'ALLAINES.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ÉCAILLE.
Urologie.....	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Parasitologie.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	JOYEUX.
Pathologie médicale.....	LABBÉ HENRI.
Oto-rhino-laryngologie.....	LAROCHE GUY.
Hygiène.....	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.....	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pathologie mentale.....	LIAN.
Pharmacologie.....	MERCIER FERNAND.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie Pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUENU.
Physiologie.....	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SEZARY.
Pathologie médicale.....	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Ophthalmologie.....	VELTER.
Histologie.....	VERNE.
Obstétrique.....	VIGNES.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Parasitologie	LEQUEUX.
Histologie	NEVEU-LEMAIRE.
Obstétrique	ZIMMERN.
Physique	DEMELIN.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale.....	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale.....	AUVRAY.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique médicale.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique médicale.....	LÉRI.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, agrég.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES, A MA SŒUR

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR FUNCK BRENTANO

*accoucheur de l'Hôpital Beaujon, qui a
bien voulu m'aider de ses conseils dans
la rédaction de cette thèse, en souvenir
de l'année passée dans son service,
hommage respectueux.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GILBERT
(*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BROCA
(*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MATHIEU

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIGOUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLERC

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIMBELLOT

MONSIEUR LE DOCTEUR FUNCK BRENTANO

MONSIEUR LE DOCTEUR GERNEZ

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ECALLE

QUELQUES PRÉCISIONS

sur les indications, la technique, les résultats, de la révision utérine immédiate.

*Travail du service
de Monsieur le Docteur Funck Brentano,
accoucheur de l'Hôpital Beaujon — Paris 1929*

Dans cette rapide étude, nous n'avons aucunement la prétention de reprendre toute la question de la révision utérine. Nous voulons seulement préciser certaines de ses indications et, adoptant les conceptions de notre maître, le Docteur Funck Brentano, essayer de montrer que la certitude de la vacuité de l'utérus post-partum est un des plus sûrs garants de la simplicité des suites de couches.

Les indications de la révision utérine immédiate ne se discutent pour ainsi dire pas dans un certain nombre de cas. On met la main dans l'utérus lorsqu'un ou plusieurs cotylédons y sont retenus, lorsque l'aspect spécial du gâteau placentaire fait penser que tout n'est pas là.

On met la main dans l'utérus après certaines interventions, telles que : applications de forceps, version par manœuvres internes ou mixtes, basiotripsie embryotomie, crânioclasie, pour reconnaître la rupture utérine toujours possible.

Enfin l'introduction de la main in-utéro est un des meilleurs traitements, sinon le meilleur, de l'inertie utérine.

Mais si dans ces divers cas, tout le monde s'accorde, ou à peu près, pour justifier la révision manuelle, les avis, par contre, diffèrent totalement si l'on se trouve en présence d'une rétention de membranes. Et pourtant ?

La rétention des membranes n'est pas un accident bénin. Quoiqu'en disent les auteurs, c'est une cause possible d'infection. Et rien que cette possibilité devrait justifier leur ablation, et leur ablation immédiate, sans attendre les premiers accidents infectieux.

Souvent, il est vrai, la rétention membraneuse n'est suivie d'aucun accident. Souvent, il est vrai, les membranes s'éliminent spontanément dans les suites de couches. Mais il n'en est pas toujours ainsi, elles peuvent rester retenues dans l'utérus, et alors, que va-t-il se passer ? Pourquoi dénier aux seules membranes cette faculté de s'infecter facilement qui justifie la révision dans la rétention placentaire, en dehors des cas d'hémorragie.

Leur élimination peut d'ailleurs être plus ou moins tardive, et plus longue est la rétention, plus grandes sont les chances d'infection.

Cette infection, une fois déclarée, en sera-t-on maître? L'ablation à ce moment des membranes retenues suffirait-elle à la juguler? Rien n'est moins certain et on connaît les terribles dangers des infections utérines post-partum. Ne vaut-il pas mieux prévenir cette possibilité d'infection, par la révision utérine immédiate, que pratiquer tardivement un écouvillonnage, un curettage, un Porro, une hystérectomie, à un moment où on ne saura nullement quelle sera l'évolution ultérieure.

Deux observations typiques vont montrer mieux que de longues phrases à quoi peut mener la rétention membraneuse.

La première nous fut obligeamment communiquée par un de nos camarades de l'Hôpital de la Pitié, et concerne une primipare de 35 ans, accouchée le 3 mars 1926, et décédée le 23 mars.

OBSERVATION N° 1

Mme D... Henriette, primipare de 35 ans, est admise salle Siredey, le 11 mars, à 18 heures, pour pertes sanguines fétides et hyperthermie.

Rien de particulièrement notable dans ses antécédents.

Au point de vue obstétrical, elle a vu ses dernières règles le 28 mai 1925. Jusqu'au septième mois, urines normales. Au cours du huitième mois, légère albuminurie cédant rapidement au régime lacto-végétarien, et ne reparaisant plus.

Le 1^{er} mars, à 23 heures, la femme ayant quelques légères douleurs et de petites pertes blanchâtres, vient consulter à la Pitié, où on l'hospitalise jusqu'au 2 mars à 17 heures. A ce moment elle est dirigée chez une sage-femme agréée des Hôpitaux, en ville. Le 3 mars, à 1 heure, les douleurs deviennent excessivement violentes et, à 4 heures, accouchement naturel à terme d'un garçon vivant pesant 3.700 gr., délivrance naturelle, *rétenion de membranes*.

Jusqu'au 7 mars au matin, suites de couches normales. Le soir, la sage-femme constate une assez forte poussée thermique qui tombe rapidement. Les lochies ont toujours été fétides depuis le deuxième jour. Le lundi 8 mars, le mardi 9, le mercredi 10, pose de ventouses. La température s'élève à nouveau le jeudi 11 mars et la sage-femme dirige la malade sur la Pitié, où elle est admise salle Siredey.

Le 12 mars, l'examen montre : au point de vue général, une malade fatiguée, très pâle, la langue sèche. Température 39°, pouls 110. Au palper, l'utérus est petit, non douloureux. Au toucher, il est mou, en forte antéflexion.

Le redressement manuel fait écouler un flot de pus fétide. Traitement : novarsenobenzol intra-veineux, 15 centigr. Une hémoculture est pratiquée au moment d'un frisson. Elle est positive : strophocoque.

13 mars. — Etat général médiocre. Lochies fétides assez abondantes.

Glacé. Serum de convalescente. Serum antistrepto Leclainche et Vallée.

17 mars. — Frisson à 12 h. 30. Matin, $\theta=40^{\circ}2$, $P=130$; soir, $\theta=40^{\circ}4$, $P=124$.

Serum anti-strepto.

18 mars. — Frisson à 14 heures. Matin, $\theta=39^{\circ}8$, $P=124$; soir, $\theta=41^{\circ}$, $P=132$.

Serum anti-strepto.

19 mars. — Frisson dans la matinée. Matin, $\theta=38^{\circ}$, $P=138$; soir, $\theta=38^{\circ}6$, $P=130$.

Novar. 0 gr. 15. Serum anti-strepto. Hémoculture

20 mars. — Frisson dans la matinée. Matin, $\theta=40^{\circ}$, $P=138$; soir, $\theta=39^{\circ}4$, $P=140$.

21 mars. — Etat général médiocre. Matin, $\theta=39^{\circ}4$; soir $=39^{\circ}6$. Pouls incomptable.

22 mars. — Etat général de plus en plus grave. Pâleur extrême. Au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche, on remarque un abcès que l'on ponctionne.

Décès de la malade le 23 mars, à 2 h. 30.

Que conclure de cette observation, sinon que la rétention de membranes paraît bien être réellement en cause?

La seconde observation concerne une malade de la maternité de l'Hôpital Beaujon, accouchée en ville le 8 mai 1926 et admise à l'isolement le 14 mai 1926.

OBSERVATION N° 2

Mme P..., 31 ans, I pare, a vu ses dernières règles le 1^{er} août 1925.

Sa grossesse a évolué normalement, sans incident. Le samedi 8 mai, les douleurs débutent à 2 heures. A 12 h. 30, accouchement spontané. Aussitôt après, délivrance naturelle, *rétention de membranes*.

Pas de frisson. Simple fatigue, légitime d'ailleurs l'après-midi.

Le lendemain après-midi, petit frisson unique.

Le soir, ascension thermique.

Lochies non fétides.

Quelques heures après, douleurs pelviennes.

Le lendemain, température élevée à 40°.

On lui fait un curettage qui ramène *des fragments de membranes sphacelés*.

Le 12 mai, au soir, injection de 4 cc. de Propidon.

Le 13 au soir, grande crise d'agitation avec délire.

Le 14 mai au matin, T=40°, pouls 120. .

La malade n'urine pas sans être sondée.

Elle est admise dans le service le 14 mai à 13 heures.

Le 15 mai, à l'examen :

Aspect typhique, teint subictérique. Hémorragies conjonctivales. Lèvres sèches. Soif vive. La température approche 39°5, le pouls 120. Sous l'influence de la glace, le ventre est peu douloureux. Mais le ballonnement gêne la percussion de la rate et du foie. Cœur rapide. Bruits encore nettement frappés. Nombreux râles ronflants disséminés dans la poitrine.

Hemoculture positive : streptocoque hémolytique.

Le 16 mai. — Matin, θ =38°8, P=110; soir, θ =39°6 ; P=120.

Le 17 mai. — Matin, θ =38°8; P=112 ; soir, θ =39°4, P=120.

Le 18 mai. — Matin, $\theta = 38^{\circ}6$, $P = 104$; soir, $\theta = 40^{\circ}$, $P = 120$.

Décès le 18 mai 1926, au soir.

N'est-il pas légitime, cette fois encore, d'incriminer la rétention de membranes ?

N'est-il pas légitime de penser qu'une évacuation plus précoce de l'utérus eût pu éviter cette évolution ?

Il n'en est pas toujours ainsi, heureusement, mais il n'en est pas moins vrai que la rétention membraneuse, comme nous le verrons plus loin, est un facteur certain d'infection dans les suites de couches, ainsi que le montre l'étude de toute une série d'observations, alors que les révisions immédiates pratiquées pour rétention de membranes, s'accompagnent ordinairement de suites de couches normales. C'est ici que nous pouvons répondre au reproche que d'aucuns formulent contre l'introduction de la main dans l'utérus, à savoir que la révision est inutile et dangereuse.

Inutile ? Nous allons comparer un certain nombre d'observations, en dehors des deux observations types ci-dessus, de délivrances incomplètes non suivies de révision, et de délivrances incomplètes suivies de révision.

Dangereuse ? La révision utérine porterait « in utero » des germes qui n'y existaient pas dès l'abord. Nos observations de révision immédiate montrent, à quelques

exceptions près, l'inocuité quasi-absolue de cette pratique, et nous sommes persuadé que si l'on applique rigoureusement la technique préconisée par notre maître Funck Brentano, les accouchements suivis de révision doivent comporter des suites de couches absolument semblables à celles des accouchements les plus normaux.

Technique. — Cette technique repose sur l'observation de l'asepsie la plus parfaite possible, que l'on réalisera de la façon suivante :

La patiente recevra immédiatement, après toilette au savon liquide stérilisé et à la solution de sublimé à 1/2000, et rasage soigneux de la vulve, s'il n'a été fait auparavant une injection vaginale, sous faible pression, à la liqueur de Labarraque étendue.

Placée sur un bassin flambé au préalable, elle sera endormie, de préférence au chloroforme. Le pubis, la vulve, le périnée, la face interne des cuisses, seront iodés, l'excès d'iode étant enlevé ensuite à l'aide de l'alcool.

L'opérateur, intervenant à mains nues, réalisera une asepsie soigneuse de ses mains et de ses avant-bras, après brossage et savonnage prolongés, soit à l'aide de teinture d'iode et d'alcool, soit beaucoup mieux, à l'aide d'une solution de permanganate de potasse à 5 % et d'une solution de bisulfite de soude.

On réalise ainsi une asepsie rigoureuse des mains.

L'opérateur, placé à droite de la femme, met sur l'abdomen un champ stérile, par l'intermédiaire duquel sa main gauche repère et maintient le fond utérin. La main droite, enduite de savon liquide stérilisé, s'introduit rapidement, en cône, dans les parties génitales de la patiente, repère le col, pénètre dans l'utérus, jusqu'au fond, à la rencontre de l'autre main et explore, revenant vers le col, toutes les faces de l'utérus, ramenant ainsi tout ce qu'elle rencontre. Les membranes, souvent adhérentes, glissent entre les doigts. Une excellente façon de les prendre consiste à les saisir entre l'index et le médius, tandis que le pouce appuie sur ces deux doigts réunis. Il faut éviter, autant que possible, de sortir et réintroduire la main plusieurs fois de suite. L'utérus étant jugé vide, on termine par une injection intra-utérine, chaude, avec la solution iodo-iodurée de Tarnier.

Nous estimons que cette technique simple, facile, rigoureusement appliquée, rend la révision absolument inoffensive, comme le montrent d'ailleurs les observations suivantes : révisions utérines immédiates effectuées dans le service de janvier à juin 1929.

N° 5. — Albuminurique. Accouchement artificiel (forceps) au terme de 7 mois 1/2 environ, pour modification des bruits du cœur et légère hémorragie,

1^{er} janvier. — 15 h. 45. Garçon vivant, pesant 1.900 gr.

16 heures, délivrance naturelle, *membranes déchirées*. 450 gr. Révision utérine. Injection intra-utérine. Utérus cordiforme.

Suites de couches normales. La température n'a jamais dépassé 37°8, le quatrième jour.

N° 66. — S... Fernande, 23 ans. Ipare.

10 janvier. — 9 h. 50, accouchement naturel à terme. Garçon vivant pesant 2.850 gr.

11 heures, délivrance naturelle, *membranes déchirées*, 370 gr.

Révision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 94. — A... Lucienne, 36 ans, IV pare. Albuminurique.

15 janvier. — 20 h. 15, accouchement naturel au terme de 8 mois 1/2. Fille vivante pesant 3.050 gr.

20 h. 30, délivrance naturelle (*chorion manquant*), 450 gr.

Révision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 101. — M., Madeleine, 24 ans, I pare.

16 janvier, 21 h. 45, accouchement naturel à terme. Garçon vivant pesant 3.000 gr.

22 h. 05, *délivrance naturelle paraissant incomplète* (placenta marginé).

Revision utérine ramenant des débris *placentaires et membraneux*.

Injection utérine.

Suites de couches normales, sauf 38° le soir du 5^e jour.

N° 117. — S., Marie, 18 ans, I pare.

19 janvier, 0 h. 25, accouchement naturel à terme. Fille vivante pesant 2.550 gr.

1 heure, *délivrance naturelle, membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales. Le 8^e jour, 38° due à une angine légère.

N° 209. — M., Marie, 34 ans, I pare.

31 janvier, 9 heures, accouchement naturel au terme de 8 mois. Garçon vivant pesant 2.620 gr.

9 h. 30, *délivrance naturelle, membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 212. — P... Marguerite, 14 ans, I pare.

1^{er} février, accouchée et *délivrée en ville*.

Délivrance non vue.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 265. — J... Eulalie, 25 ans, I pare.

6 février, 23 h. 50, accouchement naturel à terme. Garçon vivant pesant 3.140 gr.

7 février, 0 h. 30, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

Le lendemain matin 38°. Ensuite température normale jusqu'au 12^e jour où une angine est cause d'une poussée thermique à 39°.

N° 284. — M... Lucienne, 22 ans, I pare.

8 février, 16 h. 10, avortement au terme de 5 mois 1/2. Fœtus masculin pesant 600 gr.

16 h. 45, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 298. — G., Denise, 22 ans, II pare.

10 février, 10 h. 25, accouchement naturel à terme. (Siège décomplété mode des fesses).

Fille vivante pesant 2.900 gr.

10 h. 50, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales, sauf 38° le soir du 5^e jour.

N° 322. — P... Renée, 28 ans, I pare.

12 février, 10 h. 20, accouchement naturel au terme de 7 mois environ. Garçon décédé après quelques respirations, pesant 1.450 gr.

10 h. 45, délivrance spontanée (placenta chair à saucisse). *Non expulsion de caduque*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 442. — M... Marie, 22 ans, I pare.

1^{er} mars, 2 heures, accouchement naturel à terme. Garçon vivant pesant 3.310 gr.

2 h. 40, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 485. — F... Albertine, 20 ans, I pare.

6 mars, 17 heures, accouchée et délivrée en ville. *Délivrance non vue.*

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 490. — S... Angèle, 25 ans, I pare.

7 mars, 10 h. 30, accouchement artificiel, forceps pour modification des bruits du cœur.

Fille vivante pesant 2.730 gr.

10 h. 45, délivrance naturelle, *membranes déchirées.*

Revision utérine. Injection utérine.

38°2 le soir, puis suites de couches normales.

N° 542. — H... Isabelle, 31 ans, IV pare.

14 mars, 22 heures accouchement naturel à terme. Fille vivante pesant 2.950 gr.

22 h. 25, délivrance naturelle, *placenta découronné.*

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 579. — M... Victoria, 26 ans, III pare.

20 mars, 8 h. 30, accouchement naturel à terme. Liquide très teinté. Garçon vivant pesant

3.170 gr.

8 h. 50, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

A 15 heures, 38°4, puis suites de couches normales.

N° 651. — H... Louise, 20 ans, I pare.

30 mars, 6 h. 30, accouchée et délivrée en ville.

Délivrance non vue.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 667. — E... Marie-Rose, 29 ans, IV pare.

1^{er} avril, 10 h. 20, accouchement artificiel. Forceps pour bassin rétréci. Garçon vivant, ranimé, pesant 3.900 gr.

10 h. 45, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 675. — N... Paulette, 21 ans, I pare.

2 avril, 3 h. 40, accouchement naturel à terme. Garçon vivant pesant 3.900 gr.

4 h. 20, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales, sauf 38° le 8^e jour,
par lymphangite du sein gauche.

N° 695. — T... Aimée, 36 ans, I pare.

5 avril, 8 h. 10, accouchement naturel à terme.

Garçon vivant pesant 3.450 gr.

8 h. 50, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 699. — L... Madeleine, 26 ans, II pare.

6 avril, 2 heures, accouchement naturel à terme. Fille vivante pesant 3.900 gr.

2 h. 40, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 994. — T... Marcelle, 24 ans, III pare.

16 mai, 11 heures, accouchement naturel à terme. Fille vivante pesant 3.450 gr.

11 h. 25, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 1135. — M... Madeleine, 27 ans, I pare.

9 juin, 12 h. 05, accouchement naturel à terme. Garçon vivant pesant 2.750 gr.

12 h. 25, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 1233. — F... Jeanne, 19 ans, I pare.

25 juin, 10 h. 30, accouchement naturel à terme. Fille vivante pesant 3.260 gr.

11 heures, délivrance naturelle, *placenta découronné*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 1270. — L... Jeanne, 23 ans, I pare.

1^{er} juillet, 10 h. 05, accouchement naturel à terme. Garçon vivant pesant 3.140 gr.

10 h. 30, délivrance naturelle, *placenta découronné*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 1271. — G... Augustine, 23 ans, I pare.

1^{er} juillet, 11 h. 15, accouchement naturel à terme. Garçon vivant pesant 3.350 gr.

11 h. 40, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

N° 1317. — G... Marie, 22 ans, I pare.

8 juillet, 2 h. 10, accouchement naturel à terme. Garçon vivant pesant 3.490 gr.

2 h. 40, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Revision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales.

Nous ne faisons ici aucunement mention des révisions pour autres causes : hémorragies de la délivrance, interventions, rétention placentaires, dont nous possédons également un certain nombre d'observations.

Voyons maintenant le revers de la médaille. Quelques femmes ayant subi une révision pour rétention de membranes sont passées à l'isolement de la maternité de l'Hôpital Beaujon. Analysons leurs observations.

N° 317. — S... Julia, 37 ans, I pare.

Début du travail le 9 février dans la journée.

Le 10, à 8 h. 45, dilatation 2 f, membranes rompues.

Le 11, à 8 h. 30, dilatation petite paume.
Liquide teinté.

À 15 h. 45, forceps pour lenteur de la période
d'expulsion. Fille vivante pesant 2.840 gr.

16 heures, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Révision utérine. Injection utérine Perinée.
2 crins.

Suites de couches. — Le quatrième jour, un
frisson. T 39° le matin. Le cinquième jour T 36°
le matin, 38°4 le soir, puis température oscil-
lante entre 37° et 39°6 les sixième et septième
jours, redevenant normale jusqu'au dix-sep-
tième jour où se produit un clocher à 40°4.

La malade sort le vingt-cinquième jour, avec
une température normale depuis quatre jours.

Faut-il ici incriminer seule la révision utérine, chez
cette femme dont le travail durait depuis 50 heures, qui
avait un liquide teinté, une déchirure périnéale. La
rétention membraneuse n'aurait-elle pas elle-même
rendu l'infection plus sévère ?

N° 224. — C... Mélanie, 24 ans, I pare.

2 février. — 10 h. 35, accouchement naturel à
terme. Fille vivante pesant 2.780 gr.

11 h. 15, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Révision utérine. Injection utérine.

Le quatrième jour, un clocher à 38°6. Glace. Lochies normales. Température redevenant normale jusqu'au huitième jour, où une nouvelle ascension à 38°4 se produit. Le neuvième jour, au soir, 37°2, mais le lendemain soir, 38°8.

Le douzième jour, 37°7 au soir, le treizième jour, 38°3, le quatorzième jour, 38° et ensuite la température redevient normale.

La femme sort, en bon état, le dix-huitième jour.

Dans cette observation, peu de chose en réalité.

N° 130. — G... Julienne, 31 ans, II pare.

21 janvier. — 4 heures, accouchement naturel à terme. Fille vivante pesant 3.180 gr.

4 h. 20, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Révision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales jusqu'au huitième jour au soir, où une brusque poussée à 39°5 coïncide avec un gonflement douloureux du sein. Compression. La température baisse le lendemain. Mais le onzième jour, ascension à 39°5,

puis température oscillante atteignant 40°, 40°6, coïncidant avec une lymphangite énorme du sein droit, généralisée au thorax. Le dix-septième jour, 41°. La malade est envoyée à Claude Bernard pour érysipèle du thorax.

Les lochies ont toujours été normales.

En quoi la révision est-elle coupable, dans cette observation ?

N° 118. — L... Gabrielle, 21 ans, I pare.

19 janvier. — Accouchée et délivrée en ville.

Fille mort-née. *Délivrance non vue.*

Révision utérine. Injection utérine.

Passée à l'isolement parce qu'enfant mort-née.

Suites de couches normales.

N° 348. — R... Suzanne, 27 ans, II pare.

18 février. — 13 h. 50, accouchement naturel à terme. Fille vivante pesant 2.820 gr.

14 h. 35, délivrance naturelle, *membranes déchirées.*

Révision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales jusqu'au cinquième jour.

Du sixième au onzième jour, température oscillante atteignant 40° le huitième jour, pour

descendre progressivement en lysis et redevenir normale le douzième jour. Pendant ce temps lochies légèrement fétides.

La révision peut évidemment être incriminée avec raison dans ce cas, mais fut-elle faite avec toutes les précautions désirables ?

N° 581. — B... Béatrice, 20 ans, II pare.

20 mars. — 17 heures, accouchement prématuré, 6 mois et demi, après hémorragie.

Dilatation digitale et pose de ballon. Abaissement d'un pied. Extraction. Fille mort-née.

17 h. 25, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Révision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales, sauf 38° le cinquième jour, malgré les nombreuses manœuvres effectuées.

Femme passée à l'isolement parce qu'enfant mort-née.

N° 116. — C... Charlotte, 21 ans, I pare.

18 janvier. — 17 h. 35, accouchement naturel gémellaire à terme.

Premier jumeau, garçon vivant pesant 2.000 grammes.

18 h. 05, *deuxième jumeau*, garçon mort-né pesant 1.900 gr.

18 h. 30, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Révision utérine. Injection utérine.

Suites de couches normales jusqu'au neuvième jour. Du neuvième au treizième jour, température 38°. Puis température normale jusqu'à la sortie de la femme le vingtième jour.

Dans ce cas, la femme ne présentait aucun autre signe clinique d'infection que cette légère poussée fébrile. Lochies normales.

Que conclure de ces observations. Sur les sept cas étudiés, trois, au grand maximum, montrent la révision coupable d'avoir provoqué l'infection pendant les suites de couches. Cette infection ne serait-elle pas survenue du seul fait de la rétention membraneuse. Au reste, la révision fut-elle pratiquée avec toutes les précautions désirables ?

Voyons maintenant d'autre part un certain nombre d'observations de femmes chez qui, soit parce que la délivrance paraissait complète, soit pour toute autre cause, on n'a pas fait de révision immédiate, et à qui on a été obligé de faire une révision secondaire, positive.

N° 152. — C... Marie, 31 ans, I pare.

25 janvier. — 0 h. 20, accouchement naturel à terme. Fille vivante pesant 3.450 gr.

0 h. 50, délivrance naturelle paraissant complète (?). Périnée. 1 crin.

Le troisième jour 38°5. Le quatrième jour 39°3. Révision utérine ramenant des débris placentaires et des fragments de membranes sphacelés. Les jours suivants, injection intra-utérine quotidienne au Dakin. Le dixième jour, la température redevient normale et se maintient jusqu'à la sortie de la malade le quatorzième jour.

Un examen plus minutieux de l'arrière faix n'aurait-il pas, dans ce cas, justifié une révision immédiate qui aurait sans doute évité cette évolution pour le moins fâcheuse ?

N° 187. — R... Marguerite, 23 ans, I pare.

28 janvier. — 1 h. 05, accouchement naturel à terme. Garçon vivant pesant 3.700 gr.

1 h. 40, délivrance naturelle, *membranes déchirées*.

Le lendemain, 38°. Le deuxième jour, 38°6. Le quatrième jour, 38°6. Révision utérine ramenant des membranes sphacelées. La température se maintient à 38°-38°4 jusqu'au huitième

jour où se produit une poussée à 40°. Le neuvième jour, 39°5, ensuite la température retombe à 37°, dépasse 38° du treizième au vingtième jour, pour redescendre ensuite à la normale et s'y maintenir.

Une révision immédiate ne s'imposait-elle pas ?

N° 208. — Le G... Marie, 19 ans. I pare. Albuminurique. Hydramnios.

31 janvier. — 7 h. 50, accouchement naturel à terme. Garçon vivant pesant 3.600 gr.

8 h. 25, délivrance naturelle paraissant complète (?). Périnée : 2 crins.

Le soir, 38°8. A partir du troisième jour, température montant progressivement pour atteindre 39°5 le septième jour.

Révision ramenant des fragments de placenta et de membranes sphacelés. 40° le lendemain, puis température irrégulière ne devenant normale que le vingt-troisième jour.

L'examen soigneux de l'arrière-faix a-t-il été fait ?

N° 278. — B... Mazzolina, 27 ans. II pare.

3 février. — 2 h. 30, accouchement naturel à terme. Fille vivante pesant 3.980 gr.

2 h. 50, délivrance naturelle paraissant complète (?).

Le troisième jour, brusque ascension à 39°4. Le lendemain, 39°6.

Révision ramenant des fragments placentaires et membraneux. La température tombe, pour remonter à 40°4 le septième jour. Oscillations jusqu'au onzième jour. Puis température normale.

Même observation que pour la précédente.

N° 342. — P... Simone, 24 ans. I pare.

Entrée le 2 janvier. Ayant eu en ville des crises d'éclampsie (?). Grossesse de cinq mois environ. Albuminurie. T = 37°5. T. A. = 15/11. Troubles oculaires. Urée sanguine, 0.70.

29 janvier. Utérus à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Albumine en régression.

31 janvier. Urines normales.

16 février. — 22 h. 45, accouchement prématuré au terme de 6 mois environ.

Expulsion en bloc d'un œuf pesant 450 gr.

La température a toujours été normale, sauf 38° l'avant-veille de l'accouchement.

Le deuxième jour, 39°. Révision ramenant des fragments de membranes. Le lendemain, 37°6.

Le quatrième jour, 39°; le cinquième jour, 37°. Puis la température monte progressivement pour atteindre 39°8 le huitième jour. La malade part chez elle sur sa demande.

N'aurait-il pas été sage, dès après l'accouchement, de mettre la main dans l'utérus pour s'assurer qu'il n'y restait rien ?

N° 377. — S...-Z... Pauline, 24 ans, I pare.

22 février. — 14 h. 40, accouchement naturel au terme de 7 mois 1/2. Fille vivante pesant 2.000 gr.

15 h. 20, délivrance naturelle paraissant complète (?).

Le quatrième jour, 39°2. Frisson. Révision ramenant des débris placentaires et membraneux. Le sixième jour, la température redevient normale.

L'arrière-faix fut-il bien examiné ?

N° 397. — M... Alice, 23 ans, I pare.

24 février. — 6 h. 40, accouchement naturel à terme. Fille vivante pesant 2.810 gr.

6 h. 55, délivrance naturelle paraissant complète (?).

Le quatrième jour, 40°; le matin du cinquième jour, 39°; le soir, 40°3.

Révision ramenant des débris placentaires et membraneux. La température descend en lysis à partir du huitième jour. Un clocher à 39°5 se produit le douzième jour, puis elle redevient normale.

Même observation que plus haut.

N° 544. — H... Marie, 22 ans, I pare.

15 mars. — 0 h. 30, accouchement naturel à terme. Fille vivante pesant 2.850 gr.

0 h. 45, délivrance naturelle paraissant complète (?).

Le troisième jour, température, 39°6, qui se maintient le lendemain.

Révision ramenant des débris placentaires et membraneux. La température baisse le cinquième jour et redevient normale le sixième jour.

Même observation que précédemment.

Examinant la statistique générale de la maternité de l'Hôpital Beaujon pour les trois dernières années, nous trouvons :

Année 1926. — 2.584 accouchements, comportant 64 délivrances artificielles et 198 révisions immédiates, la plupart pour rétention membraneuse.

Huit décès, dont voici le détail :

N° 5. — R... Joséphine. I pare. 19 ans.

Placenta prævia. Ballon. Prehension manuelle du placenta. Accouchement naturel au terme de 7 mois 1/2. Mort-né pesant 2.210 gr. Révision ramenant des membranes.

Septicémie puerpérale évoluant vers la mort le 18 janvier.

N° 1072. — C... Juliette, 20 ans, I pare.

Rétention placentaire. 40°. Curettage. Septicémie. Hémoculture positive. Décédée le 29 mai, avec des signes méningés. Ponction lombaire ramenant un liquide puriforme contenant du streptocoque.

D... X? Age?

Accouchée en ville. Venue le quinzième jour.

Température, 39°. Décédée trois jours après.

N° 1135. — L... Mélanie, 40 ans, II pare.

Accouchée, 28 mai. Le 31 mai, 40°. Curettage négatif. Décès le dixième jour. Température, 40°. Lochies fétides contenant du streptocoque.

N° 1168. — E... Charlotte, II pare. 22 ans.

Accouchée le 2 juin. 38°.

Curettage ramenant peu de chose le huitième jour.

Septicémie puerpérale évoluant vers la mort le vingt-troisième jour.

N° 1270. — C... Marguerite, 34 ans. II pare.

Forceps après pubiotomie pour bassin rétréci.

Mort par péritonite le sixième jour, après laparatomie le quatrième jour.

Necropsie : déchirure vésicale.

F..., 35 ans.

Accouchée en ville depuis cinq jours.

A l'arrivée, le 10 juillet, 40°4. Curettage ramenant des membranes.

12 juillet : Eruption scarlatiniforme, 40°4. Décès.

N° 1313. — D... Berthe, 25 ans, I pare.

Accouchement le 1^{er} juillet.

Septicémie puerpérale (révision tardive négative) évoluant vers la mort survenue le 12 juillet.

Année 1927. — 2.484 accouchements comportant 88 délivrances artificielles et 154 révisions immédiates.

Sept décès.

N° 336. — V... Alice, 20 ans, I pare.

Accouchement normal. Suites de couches normales. Décès inexpliqué, subit, le onzième jour.

N° 436. — B... Marthe, 40 ans, III pare.

Cardiaque décédée d'asystolie.

N° 1034. — P... Marie, 26 ans, III pare.

Bacillaire cachectique décédée le troisième jour.

N° 1632. — M... Marie, 25 ans, I pare.

Infection amniotique. Forceps. Délivrance artificielle. Révision pour hémorragie.

Septicémie puerpérale évoluant vers la mort
au vingt-et-unième jour.

C... Marie. -

Accouchée en ville.

Bacillose pulmonaire bilatérale avancée.

Décès le huitième jour.

N° 2022. — P... Félicité, 31 ans.

Accidents gravido-cardiaques. Décès.

N° 2281. — D... Léonie, 27 ans. I pare.

Infection amniotique. Forceps. Délivrance
artificielle. Mort.

Année 1928. — 2.321 accouchements, comportant 75
délivrances artificielles et 136 révisions immédiates.

La morbidité se décompose ainsi :

— Ayant eu une révision immédiate: 6 pyretiques dont
un décès.

— N'ayant pas eu de révision immédiate : 27 pyreti-
ques, dont *deux décès.*

— Délivrances artificielles : 6 pyretiques dont *un décès*.
Au total quatre décès.

N^o 460. — Accouchement spontané. Placenta découronné. *Révision immédiate*. Thrombo-phlébite. Porro. Décès le quarantième jour.

N^o 1318. — Accouchement naturel. Siège. Délivrance artificielle. Décès le vingt-et-unième jour.

N^o 1491. — Accouchement spontané à terme.
Pas de révision. Phlébite pelvienne. Décès le dix-huitième jour.

N^o 1709. — Accouchement spontané à terme.
Pas de révision.
Salpingite. Péritonite. Décès le dix-septième jour.

CONCLUSIONS

Nous avons vu que la rétention membraneuse était capable de causer une infection grave, qui peut grandement modifier l'évolution du post-partum, et que la révision immédiate de la cavité utérine semblait être, dans le cas de rétention de membranes, un moyen à peu près sûr d'éviter cette infection. Et cela, nous l'avons prouvé en montrant que :

1° Les revisions pour rétention de membranes sont presque toujours accompagnées d'un post-partum normal ;

2° Ce qui s'oppose à toute cette série d'observations, où la rétention membraneuse, cause d'infection, a nécessité une révision secondaire, beaucoup moins facile à effectuer, parfois inefficace, surtout si elle est trop tardive, en tout cas aléatoire ;

3° Les accidents infectieux observés chez les revisées ne doivent pas être imputés à la révision, si l'on suit rigoureusement la technique que nous avons indiquée.

Il résulte de tous ces faits que la révision utérine immédiate doit être recommandée dans le cas de rétention membraneuse, aussi bien que dans les autres cas de délivrance incomplète, et, qu'en somme, sans mettre systématiquement la main dans l'utérus après chaque accouchement, la révision doit être pratiquée toutes les fois qu'on n'est pas sûr de la vacuité de l'organe. Ce paraît être, à l'heure actuelle, la meilleur garant de l'infection post-partum, toutes les précautions d'asepsie étant prises par ailleurs, en accord avec le grand principe :

« Il vaut mieux prévenir que guérir. »

Vu le Doyen :
ROGER

Vu le Président :
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLÉTY.

Imprimerie spéciale de la Librairie Vigné
